

보호 서비스국 조사 보고서 요청

요청자 정보		
성명	주소	전화 번호
회사/기관 이름(해당되는 경우)	이메일	팩스 번호

조사 보고서 요청		
관련자 성명 <small>고객 또는 직원 명시</small>	사건 발생 날짜:	OPS 보고서 번호
사건 발생 장소	본 건을 확인하는 데 도움이 되는 기타 특정 정보	

요청자의 권한	
요청자의 권한 <small>하나의 확인란을 선택하고 하위 구분을 포함하세요 체크되지 않은 확인란과 빈 응답은 허용되지 않습니다.</small>	요청자의 목적 <small>본 기록의 사용처를 자세히 기재해 주십시오. 참고: GC 6254 (f) 요청에는 필요하지 않습니다</small>
<input type="checkbox"/> 복지 및 기관법 (WIC) 4903(a) () <input type="checkbox"/> WIC 4514() <input type="checkbox"/> 정부 법령(GC) _____()	

요청 전달 대상: Department of Developmental Services
 Office of Protective Services
 1215 O Street Room 650, MS 6-30
 Sacramento, CA 95814
 Office: (916) 654-3338
 이메일: HQOPS@dds.ca.gov
 cc: Jessica.Ross@dds.ca.gov

다음 중 한 가지 직책을 맡고 계신가요?

예 아니요 법적 보호자
 예 아니요 후견인

'예'인 경우, 편지나 법원 명령서 사본을 첨부해 주십시오.

요청자 서명: _____

날짜: _____

Received by: _____
 (수신자): _____

Date: _____

Print Name and Title